

L'approche behaviorale et la santé communautaire

Behavioral approach and community health

Luc Granger

Volume 3, Number 1, June 1978

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/030035ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/030035ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Granger, L. (1978). L'approche behaviorale et la santé communautaire. *Santé mentale au Québec*, 3(1), 101–112. <https://doi.org/10.7202/030035ar>

Article abstract

According to the behavioural approach, man is the product of his interaction with the environment. Normal as well as pathological behaviours are seen as the result of learning. Even individual subjectivity is perceived as a collection of internal behaviours responding to the same laws as overt behaviour. The therapeutic intervention consists therefore in the restructuring of learning conditions so as to eliminate problem behaviours from the individual's repertoire, and to replace them with more adapted behaviours. The approach does not, however, provide a definition of adaptation. The latter is a value judgement, made by society or the interventive agent, with respect to the individual's behaviour. Serious ethical problems can be posed and the interventive agent must take them into consideration. At the level of intervention in community health the behavioural approach suggests the use of milieu resources to settle individual problems. Therefore the consultant becomes an educator and a planner in resource-utilization rather than a "therapist" in the traditional sense of the term. This approach provides very powerful methods of action at the level of primary and tertiary prevention and of evaluation of interventive success.

L'approche behaviorale et la santé communautaire

Luc Granger

Menaçante et aliénante pour certains, libératrice et enrichissante pour d'autres, l'approche behaviorale occupe une place de plus en plus importante au Québec dans tous les secteurs où l'on s'intéresse de près ou de loin à la solution de problèmes humains. Née au début du siècle en Europe et aux Etats-Unis, cette approche s'est surtout développée au cours des vingt dernières années en Amérique du Nord et en Angleterre à la suite des travaux et écrits de gens tel Eysenck, Skinner et Wolpe. Contrairement à ce que plusieurs continuent de croire elle présente une vision positive de l'humain (il n'est jamais trop tard pour intervenir et solutionner une situation problème), et accorde une grande importance à la participation active de la personne à sa propre évolution. Nous tenterons au cours des quelques lignes qui vont suivre de présenter brièvement cette approche pour ensuite faire ressortir les avantages qu'elle peut présenter au niveau de l'intervention en santé mentale.

L'APPROCHE BEHAVIORALE ET L'HOMME

Pour l'intervenant behavioriste l'homme présent est le produit de ses interactions avec son environnement. En d'autres termes ce que nous sommes maintenant nous l'avons appris et continuons de l'apprendre dans le milieu où nous évoluons. Les déterminismes biologiques occupent très peu de place dans la genèse de la majorité des problèmes d'ordre psychologique. Il est évident que certaines personnes présentent des déficits de nature organique qui limitent leur capacité d'interaction avec l'environnement (v.g. syndrome de Down). Cependant, en général pour un behavioris-

L'auteur, Ph.D., est professeur agrégé au Département de Psychologie de l'Université de Montréal.

te, tous les humains présentent les mêmes potentialités de base. Seule par la suite, la compréhension des multiples interactions de l'individu avec son environnement permet d'expliquer ce qu'il est aujourd'hui. L'environnement n'est donc pas une toile de fond vague sur lequel évolue de façon indépendante une personne; il est le principal facteur déterminant de ce qu'a été, est et sera cette personne. Toute intervention visant le changement devra donc non seulement se concentrer sur la personne et son agir mais devra accorder une place très importante au milieu dans lequel cet agir se déroule. L'individu n'est jamais statique et rien n'est réglé une fois pour toute. L'action thérapeutique devra donc viser à créer entre la personne et son environnement des modes d'interaction qui assureront l'évolution désirée.

Il n'y a donc pas pour cette approche de "normal" ou d'"anormal", d'"adaptation" ou d'"inadaptation" au sens absolu des termes. Ce ne sont que des jugements de valeur portés sur l'agir d'un individu, par lui-même ou par la société dans laquelle il vit. Ainsi par exemple, le comportement de se laver les mains 35 fois par jour sera probablement considéré différemment selon qu'il est posé par un dentiste dans l'exercice de ses fonctions ou par un professeur au détriment de son activité. L'intervenant se doit donc d'avoir constamment à l'esprit cette distinction qui existe entre comportement et jugement de valeur porté sur ce dernier, entre procédure thérapeutique et but visé par son application. Le comportement et la procédure ne sont ni bon ni mauvais en soi mais le jugement éthique et le but visé peuvent l'être. Ce n'est qu'au prix du maintien de cette distinction que l'intervention en santé mentale ne sera pas qu'une simple tentative de "réadaptation" automatique" au milieu social actuel mais pourra viser le mieux-être de la personne et de son groupe. De la même manière qu'il ne faut pas confondre la hache avec l'usage qu'on en fait (v.g. couper du bois ou tuer quelqu'un) il ne faut pas non plus confondre l'outil psychologique avec le but visé. L'intervenant behavioriste (ou de toute autre école) devra toujours préciser le mieux possible avec celui ou celle qui le consulte les objectifs de l'intervention.

L'APPROCHE BEHAVIORALE ET LE MONDE INTERIEUR

L'approche behaviorale s'intéresse à la relation entre comportement et environnement, mais qu'en est-il du monde intérieur, de la subjectivité de la personne. Encore là, contrairement à ce que plusieurs croient, le behavioriste ne rejette en rien ni l'utilité ni l'existence du monde intérieur et de la subjectivité de l'individu. Skinner lui-même, qui représente la position behavioriste la plus radicale, reconnaît l'utilité de considérer l'expérience subjective d'un individu "*Aucun processus ou entité qui a quelque valeur d'explication ne doit être rejeté sous prétexte qu'il est subjectif ou mental*" (Skinner, 1963, p. 958). Le behavioriste se distingue cependant souvent d'autres courants de pensée par le rôle accordé aux phénomènes internes dans l'explication causale du comportement.

Il y a présentement deux grands courants d'explication des comportements. L'un de ceux-ci accorde un rôle déterminant aux événements internes dans la genèse des comportements. Le monde interne et subjectif "cause" l'émission des comportements qui n'en sont que le reflet ou le "symptôme". L'intervention devrait donc porter sur ce monde interne et subjectif. L'autre courant accorde un rôle prépondérant à l'interaction entre l'environnement et l'individu dans la genèse des comportements. Le monde interne et la subjectivité sont alors considérés comme des comportements qui évoluent et se modifient en parallèle et selon les mêmes mécanismes d'interaction avec l'environnement que les comportements moteurs, sans qu'il y ait nécessairement de lien causal entre les deux types de comportement. L'intervention portera alors sur l'établissement de nouvelles relations entre l'individu et l'environnement dans le but de modifier ces deux classes de comportement. C'est à ce deuxième courant explicatif que se rattache l'approche behaviorale.

Considérons par exemple le cas de la personne qui en situation d'interaction sociale avec une personne de l'autre sexe présente les caractéristiques suivantes: sudation excessive, sentiment très fort de malaise, hésitation et blocage verbal, comportement moteur de fuite et de retrait. Si l'on adopte le premier type d'explication dont nous venons de parler, la cause des comportements directement observables sera attribuée dans un premier temps au sentiment de malaise subjectif et probablement dans un "blocage" émotif plus profond vis-à-vis ce qui concerne l'autre sexe. La chaîne causale irait donc dans le sens suivant: Blocage profond cause sentiment de malaise cause les comportements observables. La personne a un blocage émotif au niveau des relations avec l'autre sexe, il se sent mal (anxieux) dans une telle situation et tout ceci cause son hésitation verbale, son comportement de fuite, et même sa réponse physiologique de sudation. Pour le traiter il faudra donc intervenir au niveau du blocage et de l'anxiété et le reste disparaîtra lorsque ces causes auront été éliminées. Si l'on adopte le deuxième type d'explication les caractéristiques décrites plus haut seront considérées comme produites et maintenues par un type particulier d'interaction avec l'environnement. Il n'y aura cependant pas de lien causal nécessaire entre elles. Le comportement de fuite ne sera pas considéré comme causé par le sentiment de malaise, pas plus que le sentiment de malaise ne sera considéré comme causé par le comportement de fuite. Ce sont simplement deux composantes parallèles de l'agir global d'une personne face à une situation particulière. Il peut arriver que ces deux composantes soient maintenues et contrôlées par le même aspect de la situation comme il peut arriver qu'elles répondent à deux aspects différents de la situation. Seule une analyse précise permettra de le préciser dans un cas particulier.

L'APPROCHE BEHAVIORALE ET L'INTERVENTION

On peut diviser en quatre étapes l'intervention behaviorale: l'analyse du problème, l'établissement d'une stratégie d'intervention, la mise en oeuvre de cette stratégie, l'évaluation de l'intervention.

a) L'ANALYSE BEHAVIORALE

C'est l'étape la plus importante et peut-être la plus difficile de toute l'intervention. C'est en effet d'elle que dépend en grande partie le succès ou l'échec des phases ultérieures du processus. Dans cette étape l'intervenant devra analyser de façon précise la relation qui existe entre les comportements et l'environnement de l'individu qui le consulte. Faire un diagnostic pour un behavioriste ça ne veut pas dire classer quelqu'un dans une catégorie pathologique particulière mais bien étudier précisément le cas présenté en tant que cas unique et particulier. Pour l'intervenant behavioriste tout l'étiquetage psychopathologique traditionnel ne présente aucune utilité si ce n'est peut-être au niveau de la communication quotidienne avec les collègues de d'autres approches. Du point de vue clinique et intervention il n'a aucune valeur particulière. Il n'y a en effet pas d'intervention type pour "le dépressif", etc. Pour le behavioriste il y a autant de "dépressions" que de "dépressifs" et la stratégie d'intervention doit être élaborée pour chaque cas particulier.

Dans l'analyse behaviorale l'intervenant décrira tous les comportements problèmes de la personne et ceci avec le plus de précision possible. Il décrira aussi tout autre comportement qui peut présenter un intérêt pour la compréhension du problème ou pour l'élaboration d'une stratégie d'intervention. De la même manière il décrira les situations dans lesquelles sont émis ces comportements ainsi que les conséquences que ces derniers ont sur l'environnement physique et social de l'individu.

Dans cette analyse une certaine place sera accordée à l'histoire passée. Il peut en effet se révéler intéressant de connaître les circonstances exactes dans lesquelles un comportement a été appris. Cependant loin de revêtir une importance primordiale pour la compréhension du problème cet aspect ne revêt pour l'approche behaviorale qu'une importance secondaire. En effet même si l'on peut montrer que certains comportements ont été appris à une époque ultérieure de la vie de l'individu, s'ils se maintiennent encore aujourd'hui, c'est qu'il y a dans le milieu actuel de l'individu des stimuli et des événements qui les contrôlent. La compréhension utile du problème de la personne passe donc par une description serrée des comportements de l'individu et de leur relation avec l'environnement.

Ainsi par exemple dans un cas de dysfonctionnement orgasmique il faudra d'abord avoir une description précise des comportements impliqués (fréquence des relations, gestes précis qui sont posés, impression ressen-

tie par la personne etc...) de la situation dans lesquelles ils sont émis (avec qui, dans quelles circonstances etc...) des conséquences qu'ils ont (sur le partenaire, sur la personne elle-même etc...). Cette information sera habituellement recueillie au moyen de 6 procédures principales: l'observation, l'auto-observation, l'entrevue, le jeu de rôle, les questionnaires, les mesures psychophysiologiques.

Même si l'observation directe est en principe la meilleure façon d'analyser un problème elle est en pratique, limitée à certains domaines particuliers d'intervention (v.g. milieu scolaire, problèmes infantiles etc...). Elle présente en effet des problèmes économiques et éthiques qu'il est souvent difficile d'ignorer. Il deviendrait extrêmement coûteux d'utiliser un professionnel pour observer directement pendant un temps suffisamment long le comportement d'un client. De plus certains types de comportements se prêteraient mal, dans notre société, à l'observation directe (v.g.: comportements sexuels). L'auto-observation permet en partie de pallier à ces difficultés. Le sujet devient son propre observateur. Il doit sur des fiches préparées spécifiquement à cet effet noter chaque occurrence de son comportement ainsi que les circonstances qui l'entourent et les sentiments qu'il a ressentis à ce moment. L'intervenant et la personne elle-même s'aperçoivent alors souvent que cette dernière n'était auparavant pas consciente d'une bonne partie de ses comportements et des circonstances dans lesquelles ils se déroulent.

Malgré les désavantages qu'il peut présenter au niveau de la validité de l'information obtenue, l'entrevue à cause de ses nombreux autres avantages, demeure probablement l'outil d'analyse le plus utilisé même en thérapie behaviorale. Contrairement à ce qui peut se produire dans plusieurs approches il revêt cependant un caractère assez directif. Le thérapeute vise en effet à obtenir de l'information précise et l'oriente en ce sens. Il faut ici cependant souligner que directif ne veut pas dire mécanique, froid et impersonnel. La communication efficace entre humains répond à certaines règles que nul ne peut oublier. Pour obtenir de l'information d'un individu il faut d'abord établir un contact positif avec celui-ci.

Dans certains cas spécifiques l'intervenant faute de pouvoir observer en milieu naturel le comportement, pourra recourir au jeu de rôle. Ainsi par exemple on pourra demander à quelqu'un qui présente des déficits au niveau des relations interpersonnelles de jouer avec l'intervenant ou une autre personne le rôle qu'il adopte dans la situation problème. Il devra alors émettre les mêmes comportements que ceux qu'il émet dans la situation; les comportements qu'il est possible d'y observer constituent habituellement un bon échantillon de ce qui se passe en situation réelle.

Dans beaucoup de cas un behavioriste recourra aussi à des inventaires ou questionnaires pour obtenir de l'information. Ces instruments ne servent pas à évaluer la "personnalité" ou l'"anxiété générale" du sujet mais plutôt à préciser des comportements ou des émotions ressenties dans cer-

taines situations spécifiques. L'inventaire des peurs (Geer, 1965) qui sert à évaluer le nombre de l'intensité des comportements phobiques et l'"échelle de bonheur conjugal" de Azrin et collaborateurs (1973) qui sert à définir les zones problèmes dans un couple, sont de bons exemples de types de questionnaires qui peuvent être utilisés pour faire l'analyse comportementale d'un problème.

Certains auteurs enfin utilisent l'enregistrement d'indices psychophysiologiques (v.g. fréquence cardiaque, variation de volume du pénis, etc...) pour aider à préciser un problème. Cette technique qui a donné des résultats prometteurs dans le cas des problèmes d'orientation sexuelle (Boudreau et Granger, 1977) demande cependant une connaissance particulière des techniques de mesure en psychophysiology, ce qui la rend marginale.

Même si pour les besoins de l'exposé nous avons distingué chacune des principales façons de recueillir de l'information, il est évident que dans la pratique toutes ces procédures peuvent être utilisées pour un même cas. L'entrevue pourra par exemple être combinée à l'auto-observation et au jeu de rôle pour aider à préciser un problème de couple.

b) LA STRATEGIE D'INTERVENTION

Lorsque l'intervenant juge qu'il a assez d'informations, il doit ensuite élaborer une stratégie d'intervention. Pour un behavioriste cette stratégie doit comprendre les objectifs à atteindre et la définition des procédures qui seront utilisées pour les atteindre. Ces objectifs seront spécifiés en terme de comportements précis : comportements nouveaux à faire apprendre, comportements dont il faut augmenter ou diminuer la fréquence et enfin comportements à éliminer du répertoire de l'individu. Pour ce faire le thérapeute s'attaquera souvent à plusieurs objectifs à la fois en utilisant tout l'arsenal de procédure à sa disposition. Dans la majorité des cas le thérapeute devra expliquer au sujet le pourquoi des procédures suggérées ainsi que les buts visés. L'individu qui vient consulter demeure libre de remettre en question le traitement proposé ainsi que les moyens pour y parvenir. La thérapie ne devra commencer que lorsque le sujet et l'intervenant seront d'accord sur les buts et les moyens de l'intervention. Il existe cependant certains cas où le comportement est tellement détérioré que toute communication devient impossible. Le thérapeute devra alors définir unilatéralement les objectifs de l'intervention. Il le fera cependant avec tout le souci éthique nécessaire.

c) LES PROCEDURES THERAPEUTIQUES

La diversité des procédures thérapeutiques utilisées nous empêche de les examiner ici en détail. Le lecteur intéressé pourra toujours se référer aux ouvrages cités en bibliographie. Nous nous contenterons de définir

brièvement les trois types généraux d'intervention que pratiquent les behavioristes. Rappelons simplement au départ que le but de toute intervention behaviorale est de structurer des conditions d'apprentissage qui permettent à l'individu de modifier son répertoire de comportement.

- La thérapie d'instigation: dans ce type de traitement la situation thérapeutique sert à établir et contrôler un programme comportemental dont la réalisation effective se fait dans la vie courante de l'individu. La personne devient en quelque sorte son propre thérapeute et l'intervenant sert de superviseur. Beaucoup d'interventions behaviorales dans le domaine de la sexualité adoptent ce modèle.
- La thérapie de reproduction: certains éléments de la situation réelle sont reproduits dans la situation thérapeutique. Ainsi par exemple une désensibilisation systématique "in vivo" où on demandera à un individu de s'approcher de l'objet qu'il craint, en présence de l'intervenant, constitue une thérapie de ce type.
- La thérapie d'intervention: le programme est établi dans le milieu de vie du client. C'est un type d'intervention qui est fréquemment utilisé en milieu institutionnel. Les économies de jetons dont on fait usage en milieu psychiatrique se rattachent à ce type d'intervention.

d) EVALUATION

Au fur et à mesure que se déroule l'intervention le thérapeute évalue constamment l'effet de ces procédures sur le comportement du sujet en rapport avec les objectifs fixés au début. Lorsque ces objectifs sont atteints, l'intervention sera considérée comme étant terminée. Si par la suite le client désire poursuivre d'autres objectifs une nouvelle analyse devra être effectuée et une nouvelle stratégie d'intervention mise en place. Il en sera de même si l'intervenant se rend compte que la stratégie d'intervention ne rend pas les résultats escomptés. Il devra alors immédiatement reprendre l'analyse behaviorale du problème et élaborer une nouvelle stratégie d'intervention. Une procédure qui ne permet pas d'atteindre les objectifs ne continuera pas d'être utilisée indéfiniment.

L'APPROCHE BEHAVIORALE, LA SANTE MENTALE ET L'INTERVENTION COMMUNAUTAIRE

De ce que nous avons dit plus haut il découle que pour l'approche behaviorale la notion de santé mentale est en majeure partie culturelle. Est en "santé mentale" un individu dont le comportement est jugé "adapté" par lui-même (c'est-à-dire en regard de son propre bien-être) ou par le groupe social auquel il appartient. Il est évident que le relativisme de cette définition peut conduire à des abus. Cependant il présente aussi l'avantage d'obliger l'intervenant à cesser de se cacher derrière des conceptions toutes faites de l'homme et de la "normalité" pour sans cesse remettre en question son concept d'"adaptation" et celui de la société dans laquelle

il vit. Pour le behavioriste le temps où le thérapeute trouvait la sécurité en se rattachant à son modèle théorique de "la personnalité normale" est révolu.

Un individu jugé en "santé mentale" possèdera un répertoire de comportements lui permettant de faire face à son environnement physique et social. C'est ce que l'éducation devrait lui apprendre mais ne fait souvent pas. L'intervention behaviorale est donc de plus en plus envisagée comme un processus d'éducation plutôt que comme une thérapie au sens traditionnel du terme. L'objectif général devient de faire acquérir à la personne les habiletés qui lui manquent et qui lui permettraient de faire face à son environnement sans être dépendante éternellement des conseils de son thérapeute ou du support des autres membres de la communauté. De plus en plus, l'intervention behaviorale insiste sur les notions d'autonomie et d'auto-contrôle.

Cette approche présente donc plusieurs avantages du point de vue de l'intervention en santé communautaire. C'est d'abord une approche concrète et qui permet de donner aux gens de toute provenance des explications et des moyens d'action qu'ils peuvent facilement comprendre et utiliser. Il est facile de traduire en terme de tous les jours les principes et procédures de l'approche behaviorale. Le deuxième de ces avantages est de fournir un cadre d'analyse précis des relations entre l'environnement et les comportements. Elle permet d'utiliser les ressources de cet environnement et d'éviter le danger que présente pour l'intervention communautaire le modèle traditionnel thérapeute-patient où l'individu vient rencontrer un "expert" qui tente de le modifier sans s'intéresser réellement aux relations qui existent entre ce dernier et les différentes composantes de son environnement (financière, sociale, physique etc...). Le modèle triadique (Tharp & Wetzel 1969) d'intervention behaviorale en santé communautaire illustre bien la façon dont devrait s'établir la relation entre l'expert, l'environnement et la ou les personnes cibles de l'intervention.

Le "consultant" est la personne qui possède la connaissance utile. Ce n'est cependant pas nécessairement lui qui interviendra de façon directe sur le public "cible". Il devra en effet le faire par l'intermédiaire de "médiateurs" ou si l'on veut de personnes qui contrôlent l'environnement (en termes behavioristes, les "renforceurs") dans lequel évolue le public cible. Le rôle du consultant est donc d'enseigner aux médiateurs à modifier les comportements problématiques dans l'environnement d'où ils proviennent. Le consultant est donc beaucoup plus un éducateur et un superviseur qu'un "thérapeute" au sens traditionnel du terme.

Examinons comment à partir de ce modèle l'approche behaviorale aborde les trois types de prévention (primaire, secondaire, tertiaire) qui sont souvent considérés comme les trois objectifs majeurs de l'intervention communautaire en santé mentale (Ullam & Krasner, 1975).

a) LA PREVENTION PRIMAIRE

Selon Caplan et Grunebaum (1967) la prévention primaire consiste à réduire la fréquence de nouveaux cas en intervenant au niveau de l'environnement et des rapports interpersonnels. Le but de ces mesures préventives est donc de développer chez des individus les habiletés nécessaires à la maîtrise de l'environnement dans lequel ils vivent, cette maîtrise devant s'exercer de façon satisfaisante pour eux-mêmes et pour les gens qui les entourent. Si l'on peut analyser l'environnement d'un individu ou d'un groupe et définir les comportements nécessaires à ce dernier dans un tel environnement, il devient intéressant de développer des programmes d'apprentissage qui éviteront que l'individu ne se retrouve par la suite en consultation. Ainsi par exemple si l'on détermine que dans un milieu donné le fait d'être socialement isolé, célibataire, vieux, malade et non religieux est associé à un très fort taux de suicide il est alors logique de développer des modes d'intervention sociale visant à prévenir cet état de fait. Il est possible d'enseigner aux enfants et aux adolescents les habiletés sociales nécessaires à une vie intéressante dans la culture où ils évoluent. Il est possible d'enseigner aux parents les façons de procéder par lesquelles ils pourront les faire apprendre à leurs enfants etc... Il est beaucoup plus rentable financièrement et socialement parlant de mettre en oeuvre un tel programme que de tenter de régler pour chaque individu des problèmes dont l'occurrence aurait facilement pu être évitée. Les programmes de Zeilberger, Sampen et Sloane (1968) et de Wahler et Erickson (1969) qui enseignent aux parents des habiletés éducatives utilisables à la maison, sont de ce type. Les recherches de Clarke et Hendee (1971) et de Clarke, Bergers et Hendee (1972) qui utilisent des méthodes behaviorales pour prévenir la pollution par les déchets et ainsi améliorer la qualité de l'environnement physique dans lequel évoluent les personnes sont un autre exemple de prévention primaire. Dans le même ordre d'idées, il devient possible de faire apprendre aux personnes les habiletés nécessaires à la prise en charge de leur propre communauté. Citons à titre d'exemple l'étude de Briscoe, Hoffman et Bailey (1975) qui enseignent à neuf adultes de niveau socio-économique inférieur des comportements de solution de problèmes efficaces au niveau d'un comité d'action et ceci dans le but de leur permettre de mieux faire valoir leur point de vue et d'avoir plus d'influence sur les décisions qui seront prises et qui concernent la communauté à laquelle ils appartiennent.

b) LA PREVENTION SECONDAIRE

La prévention secondaire concerne la détection anticipée et le traitement rapide. Ainsi par exemple les enfants qui entrent à l'école seront "testés" et évalués de façon à tamiser ceux qui pourraient éventuellement présenter des problèmes. L'approche behaviorale ne s'est pas jusqu'à maintenant beaucoup intéressée à cet aspect de l'intervention communautaire à cause des nombreux problèmes qu'il soulève. En effet pour faire ce

tamissage il faut d'abord être sûr de ses instruments d'évaluation et de la justesse de ses étiquettes diagnostiques; ce qui est loin d'être le cas en psychologie et en psychiatrie actuellement. De plus le fait de mettre une "étiquette" sur un individu risque de modifier le comportement de son entourage vis-à-vis de lui et de l'amener à développer un problème alors qu'il n'en avait peut-être pas au début. Enfin l'accumulation de dossiers sur les citoyens présente une menace aux libertés fondamentales que ne justifient peut-être pas les bénéfices que la société en retire effectivement. Pour toutes ces raisons l'approche behaviorale aborde la prévention secondaire par le biais de la prévention primaire i.e.: développement de programmes destinés à prévenir les problèmes et, renseignements précis à la population sur les services qu'elle peut attendre du centre de santé mentale si effectivement l'un des membres de la communauté développe un problème.

c) LA PREVENTION TERTIAIRE

La prévention tertiaire c'est celle qui intervient lorsque la personne est déjà dans le processus d'intervention. On la pratique lorsque l'on tente d'éviter l'institutionnalisation et de réintégrer le plus rapidement possible l'individu à la société. Ce type de prévention est pratiqué depuis longtemps par les tenants de l'approche behaviorale. Ainsi par exemple, au niveau de l'intervention en milieu institutionnel l'approche behaviorale a toujours souligné le danger du développement de comportements adaptés à l'institution et non au milieu social et qui favoriseraient la "chronicité". Elle insiste donc depuis les travaux d'Ayllon et Azrin (1965 et 1968) sur la nécessité de faire des institutions un milieu d'apprentissage où le patient réapprend le plus vite possible les habiletés nécessaires au retour dans le milieu social. Elle souligne cependant qu'en même temps il est nécessaire d'intervenir au niveau des structures d'accueil du milieu pour favoriser la réinsertion de celui qui sort d'un séjour en institution. Ceci peut se faire par la mise sur pied de structures préparées à assurer cette transition ou par l'instauration de comportements adéquats au niveau des autres membres de la communauté au moyen de programmes du genre de ceux qui sont utilisés pour la prévention primaire.

d) LE CENTRE D'INTERVENTION COMMUNAUTAIRE

L'analyse behaviorale s'applique autant au fonctionnement du centre qui délivre les services qu'à la communauté qui les reçoit. En effet le centre est lui aussi un environnement dans lequel interagissent des personnes. Il devient donc possible de définir les objectifs de ce centre en terme des comportements des personnes qui le composent et en terme des conséquences de ces comportements sur le fonctionnement du centre lui-même et sur la communauté qu'il dessert. Cette analyse permet d'évaluer l'efficacité du centre en rapport avec ses objectifs: c'est-à-dire les comportements

du personnel produisent-ils sur la communauté les résultats auxquels on s'attend? Sinon que faudrait-il modifier dans le fonctionnement du centre pour en arriver à ces résultats? Le centre de santé mentale qui fonctionne selon des principes behavioraux évalue constamment le résultat de ses interventions et devient auto-correcteur en ce sens que si les résultats ne correspondent pas aux objectifs, il mettra en place des mécanismes visant à modifier son propre fonctionnement. Pour les tenants de l'approche behaviorale ceci est d'une importance primordiale. Une procédure d'intervention qui ne donne pas de résultats en rapport avec les objectifs visés devra être modifiée que l'on soit en situation individuelle ou communautaire. Le projet BAM (Behavior Analysis and Modification) implanté dans le centre de santé mentale communautaire d'Oxnard en Californie (Liberman, King et De Risi, 1976) est un bel exemple d'utilisation de l'approche behaviorale en santé mentale communautaire.

En terminant soulignons une des limites de l'approche behaviorale au niveau de l'intervention. Si comme le postule cette approche le comportement de l'individu est appris par interaction avec l'environnement, il est logique de croire qu'il peut exister des types d'environnement qui ne lui feront jamais apprendre les comportements jugés désirables ou encore qui ne permettront jamais de maintenir les comportements appris en situation d'intervention au niveau individuel. Il est alors permis de se demander si dans ces cas l'intervention de type psychologique sert à quelque chose.

Au lieu de tenter de calfeutrer éternellement il serait quelque fois peut-être plus rentable de tenter de modifier de façon substantielle l'environnement dans lequel évolue l'individu. L'intervenant devra cependant être conscient du fait que des modifications de cet ordre ne relèvent plus de la "thérapie" de quelque nature qu'elle soit mais bien de l'action politique ou sociale.

REFERENCES

- AYLLON, T., & AZRIN, N.H. (1965). The measurement and reinforcement of behavior of psychotics. *Journal of the experimental analysis of behavior*, 8, 357-383.
- AYLLON, T., & AZRIN, H.N. (1968). *The token economy*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- BOUDREAU, L., & GRANGER, L. (1977). Problèmes d'orientation sexuelle, in Ladouceur, R., Bouchard, M.A., Granger, L. (Eds). *Thérapies behaviorales*, St-Hyacinthe-Paris: Edisem-Maloine.
- BRISCOE, R.V., HOFFMAN, D.B., LAILEY, J.V. (1975). Behavioral community psychology: training a community board to problem solve. *Journal of applied analysis*, 8, 157-168.
- BURGESS, R.L., CLARKE, R.N., & HENDER, J.C. (1971). An experimental analysis of antilitter procedures. *Journal of applied behavior analysis*, 4, 71-76.

- CAPLAN, G., & GRUNEBaum, H. (1967). Perspectives on primary prevention: a review. *Archives of general psychiatry*, 17, 331-346.
- CLARKE, R.N., BURGESS, R.L., & HENDEE, T.C. (1972). The development of antilitter behavior in a forest campground. *Journal of applied behavior analysis*, 5, 1-7.
- LIBERMAN, R.P., KING, L.V., DE RISI, W.J. (1976). Behavior analysis and therapy in Community Mental Health. in Leitenberg, H. (ed.) *Handbook of behavior modification and behavior therapy*, Englewood-Cliffs; Prentice-Hall.
- SKINNER, B.F. (1963). Behaviorism at fifty. *Science*, 140, 951-958.
- THARP, R.G. & WETZEL, R.J. (1969). *Behavior modification in the natural environment*. New York: Academic Press.
- ULLMAN, L.P., & KRASNER, L. (1975). *A psychological approach to abnormal behavior*, Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- WAKLER, R.G., ERICKSON, M. (1969). Child behavior therapy: a community program in Appalachia. *Journal of behavior research and therapy*, 7, 71-78.
- ZEILBERGER, J., SAMPEN, S. & SLOANE, H.N. (1968). Modification of a child's problem behaviors in the home with the mother as therapist. *Journal of applied behavior analysis*, 1, 47-54.

BIBLIOGRAPHIE (ouvrages français)

- COTE, R. & PLANTE, J. (1976). *Analyse et modification du comportement*, Montréal: Beauchemin.
- KRUMBOLTZ, J.D. & KRUMBOLTZ, H.B. (1975). *Comment intervenir auprès des Enfants*, Québec: St-Yves.
- LADOUCEUR, R., BOUCHARD, M.A. & GRANGER, L. *Principes et applications des thérapies comportementales*, St-Hyacinthe-Paris: Edisem-Maloine.

SUMMARY

According to the behavioural approach, man is the product of his interaction with the environment. Normal as well as pathological behaviours are seen as the result of learning. Even individual subjectivity is perceived as a collection of internal behaviours responding to the same laws as overt behaviour. The therapeutic intervention consists therefore in the restructuring of learning conditions so as to eliminate problem behaviours from the individual's repertoire, and to replace them with more adapted behaviours. The approach does not, however, provide a definition of adaptation. The latter is a value judgement, made by society or the interventive agent, with respect to the individual's behaviour. Serious ethical problems can be posed and the interventive agent must take them into consideration. At the level of intervention in community health the behavioural approach suggests the use of milieu resources to settle individual problems. Therefore the consultant becomes an educator and a planner in resource-utilization rather than a "therapist" in the traditional sense of the term. This approach provides very powerful methods of action at the level of primary and tertiary prevention and of evaluation of interventive success.